

ESTUDIO CLÍNICO Y DE EFICIENCIA DE DOS UNIDADES DE ALCOHOLISMO ANÁLOGAS

Autores

Pilar BLANCO*
Leandro PALACIOS**
Carlos SIRVENT ***
María de la Villa MORAL ****

*Médico psicoterapeuta. Fundación Instituto Spiral. Madrid
** Psicólogo clínico. Fundación Instituto Spiral. Madrid
***Psiquiatra. Fundación Instituto Spiral. Oviedo - Madrid
****Profesora de Psicología. Social .Universidad de Oviedo

Autor para correspondencia:

Pilar BLANCO
Instituto Spiral
C/ Marqués de Valdeiglesias, 2
28004 Madrid
Tfno: 91.522.07.07
Fax: 91 522 00 77
E-mail: pbz@institutospiral.com
Web: www.institutospiral.com

Palabras clave

Alcoholismo, clínica, eficiencia, tratamiento, evaluación, eficacia

Key words

Alcoholism, clinic, efficiency, treatment, evaluation, effectiveness

Resumen

Se comparan los datos clínicos actualizados de dos Unidades de Alcoholismo sitas en Madrid y Oviedo con estructura asistencial parecida pero con técnicas asistenciales diferentes en la gestión psicoterapéutica. OBJETIVOS: observar las diferencias clínicas y la eficiencia comparada de ambos dispositivos. MUESTRA: 158 sujetos alcohólicos (89 varones y 69

mujeres). UA Madrid: 85 nuevos pacientes (53 varones y 32 mujeres). UA Oviedo: 73 nuevos pacientes (36 varones y 37 mujeres). MÉTODO: Se les aplicó a todos el Protocolo de Bebida Spiral (PBS) y el cuestionario DARP-m de evaluación. Para el procesamiento y tratamiento estadístico de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS. RESULTADOS: Elevada tasa de incidencia en mujeres (56% varones, 44% mujeres). En ambas Unidades el morfotipo predominante es el bebedor social en varones y el bebedor solitario en mujeres. Como psicopatología asociada predominan los trastornos del estado de ánimo. Los índices de ocupación de ambas unidades fueron del 100% y el índice de altas terapéuticas del 57,5%. CONCLUSIONES: Al igual que se ha señalado en otros estudios sobre eficacia terapéutica. Se confirma la necesidad de prologar el mismo más de un año para conseguir los cambios pertinentes y dotar al sujeto de suficiente consistencia psicológica

Abstract

Updated clinical data from two Alcoholism Units located in Madrid and Oviedo is compared with similar care structure but different care techniques in the psychotherapeutic management. OBJECTIVES: To observe the clinical differences and comparative efficiency of both devices. SAMPLE: 158 alcoholic subjects (89 males and 69 females). Madrid AU: 85 new patients (53 men and 32 women). Oviedo AU: 73 new patients (36 men and 37 women). METHOD: Patients were applied the Spiral Drinking Protocol (PBS) and DARP-m evaluation questionnaire. The SPSS statistical package was used for processing and statistical treatment of data. RESULTS: High incidence rate in women (56% male, 44% women). In both units the predominant morphotype is the social drinker in men and the solitary drinker in women. As associated psychopathology mood disorders are predominant. Occupancy rates of both units were of 100% and therapeutic discharge index of 57.5%. CONCLUSIONS: As noted in other studies on therapeutic efficacy, it is confirmed the need to prolong it more than a year to get the necessary changes and give the subject enough psychological consistency.

Introducción

Se estudian comparativamente los datos clínicos actualizados correspondientes a dos Unidades de Alcoholismo sitas en Madrid y Oviedo con

estructura asistencial parecida pero con técnicas asistenciales diferentes en la gestión psicoterapéutica. En Madrid se utilizan técnicas integradoras y psicodramáticas tanto en la intervención individual como en la grupal mientras que las sesiones unifamiliares y multifamiliares son de cariz más sistémico.

En Oviedo se emplean mayoritariamente técnicas cognitivo - conductuales en todas las intervenciones, con la adición de sesiones psicoeducativas en algunos grupos y sesiones multifamiliares. La intervención médico-psiquiátrica y el resto de rutinas asistenciales son similares. Ambos centros comparten dispositivos de apoyo análogos (centro residencial de media estancia, centro de día y centro de noche) aunque la base de ambas es el tratamiento ambulatorio (% de los casos).

Objetivos

El **objetivo principal** es evaluar mediante un análisis comparativo la eficacia y eficiencia de ambos dispositivos tanto en los resultados clínicos como en la recogida de datos y en la naturaleza de la intervención.

Objetivos específicos son:

1. Comparar diferentes características sociodemográficas transversalmente (UA entre sí) y verticalmente (diferencias poblacionales respecto anteriores estudios.)
2. Averiguar los distintos aspectos adictológicos de los sujetos estudiados.
3. Obtener datos sobre los aspectos psicopatológicos más relevantes.

Material y método

Se trabaja sobre una muestra total de 158 sujetos alcohólicos (89 varones y 69 mujeres). La UA de Madrid atendió 85 nuevos pacientes con 53 varones y 32 mujeres en tanto que la UA de Oviedo atendió a 73 nuevos pacientes con 36 varones y 37 mujeres. Nótese la alta proporción de mujeres atendidas, que en Oviedo llega a superar al número total de varones. Se les aplicó a todos el Protocolo de Bebida Spiral (PBS) y el cuestionario DARP-m de evaluación. Para el procesamiento y tratamiento estadístico de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS versión 10.0.

Resultados

- Como se ha mencionado en la introducción, se han reducido considerablemente las diferencias cuantitativas entre hombres y mujeres con problemas de alcoholismo en lo que se refiere a demanda asistencial. Este hecho no sólo ratifica el cambio de los patrones culturales, sociales y educativos que siempre han lastrado la atención a las adicciones femeninas sino que pone de relieve la capacidad de los dispositivos especializados para adaptarse a diferentes realidades clínicas.

Tabla de contingencia Unidad de Alcoholismo * sexo

			sexo		Total
			Varón	Mujer	
Unidad de Alcoholismo	Unidad de alcoholismo Madrid	% de sexo	62,5%	42,5%	56,6%
	Unidad de alcoholismo Oviedo	% de sexo	37,5%	57,5%	43,4%
Total		% de sexo	100,0%	100,0%	100,0%

- En ambas unidades el porcentaje de pacientes separados o divorciados es alto, no obstante lo cual en Madrid se observa una mayor tendencia a la ruptura y, en general, a la conflictividad en las relaciones de pareja del colectivo de sujetos alcohólicos.

Tabla de contingencia Estado Civil * Unidad de Alcoholismo

			Unidad de Alcoholismo		Total
			Unidad de alcoholismo Madrid	Unidad de alcoholismo Oviedo	
Estado Civil	Soltero	Recuento	20	16	36
		% de Unidad de Alcoholismo	23,5%	21,9%	22,8%
	Casado	Recuento	33	38	71
		% de Unidad de Alcoholismo	38,8%	52,1%	44,9%
	Separado/Divorciado	Recuento	23	14	37
% de Unidad de Alcoholismo		27,1%	19,2%	23,4%	
Convive con su pareja	Recuento	5	1	6	
	% de Unidad de Alcoholismo	5,9%	1,4%	3,8%	
Viudo	Recuento	4	4	8	
	% de Unidad de Alcoholismo	4,7%	5,5%	5,1%	
Total		Recuento	85	73	158
		% de Unidad de Alcoholismo	100,0%	100,0%	100,0%

- En conexión con el párrafo anterior (y también con los movimientos sociales que se están produciendo en España en estas últimas décadas), el número de pacientes que no tienen hijos - aún a pesar de la elevada edad media de los mismos - es considerable, especialmente en Madrid.

- Ítem más, el peso de la pareja en la decisión de iniciar el tratamiento resulta más notorio en Asturias que en Madrid, quizá por el talante individualista característico de las grandes ciudades y sus entornos. Curiosamente, el porcentaje de pacientes madrileños que decide comenzar una terapia por consejo profesional pone de manifiesto nuevamente esta misma tendencia a desestimar las recomendaciones de las personas más cercanas. Encontramos además en estos datos un reflejo de la sensación compartida entre profesionales de ambas unidades de que en Asturias las familias de los alcohólicos están más implicadas en el problema y también en su solución, mostrándose a la postre más normativas que las de Madrid. De igual forma, esta circunstancia también obra como uno de los motivos que hacen que en Madrid se utilicen técnicas de cariz más sistémico en el abordaje familiar mientras que en Oviedo se empleen mayoritariamente técnicas cognitivo - conductuales.

- Al hablar de la forma de vida, se repiten nuevamente las cuestiones esbozadas en otros apartados pues en Madrid destaca el elevado porcentaje de personas que viven sin pareja, bien porque estén solas, con su familia de origen o en familias monoparentales. En términos globales, los porcentajes de soledad y de dependencia de la familia de origen son suficientemente notorios como para ratificar la importancia que se concede en el proceso terapéutico tanto a la autonomía psicológica como a la resolución de conflictos y el desarrollo de las capacidades interpersonales de los alcohólicos.

Aspectos adictológicos

Intentaremos ahora un acercamiento al “paciente tipo” de cada unidad atendiendo a su perfil adictivo diferencial.

- El ***paciente alcohólico madrileño*** bebe en grandes cantidades a diario. Es un bebedor mixto (social y solitario) que suele acabar bebiendo a solas y

alternando la ingesta entre su domicilio y los bares, si bien muchos de ellos lo hacen como parte de su trabajo (comerciales, ejecutivos, etc.) o bien como una forma de evasión del mismo. Quizá por ello el efecto más buscado sea el de reducción de la tensión y aparezca asociado a todo ello el consumo de drogas estimulantes como la cocaína. Empieza a beber en la adolescencia por curiosidad hedonista o por aprendizaje vicario y en este hecho se deja ver la influencia no sólo del entorno social sino de las relaciones afectivas significativas. Tanto es así que cuenta con más antecedentes de consumo tanto parentales como de pareja, mantiene un trato familiar más conflictivo y dispone de menos apoyo externo que su correlato asturiano. Si bien debuta antes tanto en el consumo de alcohol como en la regularización del mismo, la media de años de duración de su problema cuando inicia tratamiento es menor (11´09 frente a 13´04 en Oviedo).

- El ***paciente alcohólico asturiano*** también es un gran bebedor cotidiano pero más aislado que el madrileño, estableciéndose una negativa retroalimentación entre el hecho de beber en soledad y el de que la ingesta de alcohol le cree sentimientos negativos de enfado y frustración consigo mismo y con los demás (no obstante, se debe tener en cuenta a este respecto que en la unidad de Oviedo primaron las mujeres atendidas sobre los hombres y que puede que los datos estén sesgados hacia el modelo femenino de beber). Sus relaciones – entre ellas las laborales reúnen un importante porcentaje del total - influyen en gran medida en el consumo de alcohol y un elevado número de estos sujetos afirma que empezó a beber por evadirse de los problemas o por acompañar a su pareja en ese momento (recordemos nuevamente que más de la mitad de estos pacientes fueron mujeres). Mientras que la incidencia de trastornos anímicos y de consumo de psicofármacos es mayor que en Madrid, la de antecedentes adictivos familiares es más baja y tanto la relación con su familia como el apoyo del que dispone por parte de la misma es más favorable. Tal vez a estas circunstancias se deba el que, siendo un alcoholismo más tardío, la media de años de duración del problema supere a la de los madrileños (¿permisividad, minimización, ocultamiento familiar?).

Tabla de contingencia Por qué empezó a consumir alcohol * Unidad de Alcoholismo

			Unidad de Alcoholismo		Total
			Unidad de alcoholismo Madrid	Unidad de alcoholismo Oviedo	
Por qué empezó a consumir alcohol	Por curiosidad	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	11 12,9%	6 8,2%	17 10,8%
	Por que lo hacían varias personas en su ambiente	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	42 49,4%	28 38,4%	70 44,3%
	Por acompañar a la pareja, amigos	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	12 14,1%	13 17,8%	25 15,8%
	Por sentir sensaciones nuevas o más placenteras	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	10 11,8%	2 2,7%	12 7,6%
	Por evadirse de los problemas	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	10 11,8%	24 32,9%	34 21,5%
Total	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	85 100,0%	73 100,0%	158 100,0%	

Tabla de contingencia Con quién empezó a consumir alcohol * Unidad de Alcoholismo

			Unidad de Alcoholismo		Total
			Unidad de alcoholismo Madrid	Unidad de alcoholismo Oviedo	
Con quién empezó a consumir alcohol	Solo/a	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	8 9,4%	18 24,7%	26 16,5%
	Con la pareja	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	4 4,7%	3 4,1%	7 4,4%
	Con un amigo/a	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	11 12,9%	11 15,1%	22 13,9%
	Con un hermano	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	4 4,7%		4 2,5%
	Con otro familiar	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	6 7,1%	2 2,7%	8 5,1%
	Con varias personas	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	52 61,2%	37 50,7%	89 56,3%
	Otro	Recuento % de Unidad de Alcoholismo		2 2,7%	2 1,3%
Total		Recuento % de Unidad de Alcoholismo	85 100,0%	73 100,0%	158 100,0%

Tabla de contingencia Consumo de otras sustancias * Unidad de Alcoholismo

			Unidad de Alcoholismo		Total
			Unidad de alcoholismo Madrid	Unidad de alcoholismo Oviedo	
Consumo de otras sustancias	Relevante	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	21 24,7%	4 5,5%	25 15,8%
	No relevante	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	64 75,3%	69 94,5%	133 84,2%
Total		Recuento % de Unidad de Alcoholismo	85 100,0%	73 100,0%	158 100,0%

Tabla de contingencia Efectos de la bebida * Unidad de Alcoholismo

			Unidad de Alcoholismo		Total
			Unidad de alcoholismo Madrid	Unidad de alcoholismo Oviedo	
Efectos de la bebida	Efectos positivos, reducción de tensión	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	37 43,5%	22 30,1%	59 37,3%
	Sentimientos negativos. Enfado/Frustración	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	14 16,5%	21 28,8%	35 22,2%
	Sentimientos negativos. Ansiedad	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	10 11,8%	8 11,0%	18 11,4%
	Sentimientos positivos. Acercamiento social y autoestima posi	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	21 24,7%	18 24,7%	39 24,7%
	Sentimientos negativos. Acercamiento social y autoestima neg	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	3 3,5%	4 5,5%	7 4,4%
Total	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	85 100,0%	73 100,0%	158 100,0%	

Aspectos psicopatológicos

- Teniendo en cuenta la asociación entre alcoholismo y maltrato (un 17,7% del total de ambas unidades se reconoce como maltratador y un 12,7% como víctima de malos tratos), en Madrid es más elevada la incidencia y las repercusiones legales de esta patología que en Asturias.

Tabla de contingencia Malos tratos dados por el paciente * Unidad de Alcoholismo

			Unidad de Alcoholismo		Total
			Unidad de alcoholismo Madrid	Unidad de alcoholismo Oviedo	
Malos tratos dados por el paciente	No	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	66 77,6%	64 87,7%	130 82,3%
	Si	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	19 22,4%	9 12,3%	28 17,7%
Total		Recuento % de Unidad de Alcoholismo	85 100,0%	73 100,0%	158 100,0%

Tabla de contingencia Malos tratos recibidos * Unidad de Alcoholismo

			Unidad de Alcoholismo		Total
			Unidad de alcoholismo Madrid	Unidad de alcoholismo Oviedo	
Malos tratos recibidos	No	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	74 87,1%	64 87,7%	138 87,3%
	Si	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	11 12,9%	9 12,3%	20 12,7%
Total		Recuento % de Unidad de Alcoholismo	85 100,0%	73 100,0%	158 100,0%

Tabla de contingencia Denuncias por malos tratos * Unidad de Alcoholismo

			Unidad de Alcoholismo		Total
			Unidad de alcoholismo Madrid	Unidad de alcoholismo Oviedo	
Denuncias por malos tratos	Si	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	7 8,2%	5 6,8%	12 7,6%
	No	Recuento % de Unidad de Alcoholismo	78 91,8%	68 93,2%	146 92,4%
Total		Recuento % de Unidad de Alcoholismo	85 100,0%	73 100,0%	158 100,0%

- Si nos referimos a psicopatología concomitante, casi la mitad del total de ambas unidades presenta trastornos asociados, destacando a este respecto los pacientes de Asturias. Esta circunstancia resulta imputable una vez más al número de mujeres atendidas en Oviedo pues, como pone de manifiesto otro estudio comparativo entre sexos, las mujeres alcohólicas doblan a los hombres en cuanto a la prevalencia de dichos trastornos.

Tabla de contingencia Trastornos asociados * Unidad de Alcoholismo

			Unidad de Alcoholismo		Total
			Unidad de alcoholismo Madrid	Unidad de alcoholismo Oviedo	
Trastornos asociados	No	Recuento	57	34	91
		% de Unidad de Alcoholismo	67,1%	46,6%	57,6%
	Si	Recuento	28	39	67
		% de Unidad de Alcoholismo	32,9%	53,4%	42,4%
Total		Recuento	85	73	158
		% de Unidad de Alcoholismo	100,0%	100,0%	100,0%

- Dentro de las categorías diagnósticas posibles destacan sobremanera los trastornos del estado de ánimo y adaptativos. Cabe subrayar por otro lado la baja incidencia en la muestra estudiada de alteraciones caracteropáticas, de trastornos relacionados con ansiedad y la ausencia de patologías psicóticas.

Tabla de contingencia Diagnostico actual1 * Unidad de Alcoholismo

			Unidad de Alcoholismo		Total
			Unidad de alcoholismo Madrid	Unidad de alcoholismo Oviedo	
Diagnostico actual1	Trastornos de inicio en la infancia o la adolescencia	Recuento	1		1
		% de Unidad de Alcoholismo	3,6%		1,5%
	Trastornos del estado de ánimo (depres., ttno maniaco-depr.)	Recuento	16	20	36
		% de Unidad de Alcoholismo	57,1%	51,3%	53,7%
	Trastornos de ansiedad (angustia, fobias, ttno obse. comp)	Recuento	2	2	4
		% de Unidad de Alcoholismo	7,1%	5,1%	6,0%
	Trastornos disociativos	Recuento	1	2	3
		% de Unidad de Alcoholismo	3,6%	5,1%	4,5%
	Trastornos del sueño	Recuento	5	2	7
		% de Unidad de Alcoholismo	17,9%	5,1%	10,4%
	Trastornos del contro de los impulsos, no clasificados en ot	Recuento	1	1	2
		% de Unidad de Alcoholismo	3,6%	2,6%	3,0%
	Trastornos adaptativos	Recuento	6	10	16
		% de Unidad de Alcoholismo	21,4%	25,6%	23,9%
	Trastornos de la personalidad	Recuento		2	2
		% de Unidad de Alcoholismo		5,1%	3,0%
	Trastornos de la conducta alimentaria	Recuento	2	1	3
		% de Unidad de Alcoholismo	7,1%	2,6%	4,5%

- Si nos atenemos a los estadísticos sobre altas, tiempo de estancia e índices globales, los datos hablan tanto de una buena utilización de ambos recursos (índice de ocupación casi del 100% en ambos casos) como de su elevada eficacia terapéutica, puesta de relieve en el considerable % de altas por fin del tratamiento. Complementariamente, en ambas unidades destaca el buen funcionamiento de los “filtros” (nivel de exigencia y de compromiso creciente, mecanismos de control y de supervisión terapéutica, cambio de hábitos y de estilo de vida, etc.) que hacen que aquellos pacientes con menos voluntad de implicarse en el proceso de recuperación lo abandonen en los primeros momentos del mismo, evitando convertirse así en un lastre para quienes sí quieran hacerlo (la estancia media para las altas que se producen por otros motivos diferentes a la finalización exitosa del tratamiento es de 48´92 días) .

Tabla de contingencia motivo_alta * Unidad de Alcoholismo

			Unidad de Alcoholismo		Total
			Unidad de alcoholismo Madrid	Unidad de alcoholismo Oviedo	
motivo_alta	Alta terapéutica	Recuento	46	23	69
		% de Unidad de Alcoholismo	58,2%	56,1%	57,5%
	Alta forzosa	Recuento	2	2	4
		% de Unidad de Alcoholismo	2,5%	4,9%	3,3%
Alta voluntaria	Recuento	29	14	43	
	% de Unidad de Alcoholismo	36,7%	34,1%	35,8%	
Alta por no evolución	Recuento	2	2	4	
	% de Unidad de Alcoholismo	2,5%	4,9%	3,3%	
Total		Recuento	79	41	120
		% de Unidad de Alcoholismo	100,0%	100,0%	100,0%

Estancia media altas terapéuticas

DIAS		
N	Válidos	69
	Perdidos	0
Media		389,17
Mínimo		31
Máximo		1588

Estancia media altas no terapéuticas

DIAS		
N	Válidos	51
	Perdidos	0
Media		48,92
Mínimo		0
Máximo		159

Conclusiones

- Como ya se ha dicho, la histórica desproporción entre el porcentaje de hombres y de mujeres que solicitan atención especializada ha disminuido drásticamente hasta el punto de darse la circunstancia (impensable años atrás) de que en Oviedo el porcentaje de mujeres atendidas supera al de hombres. Aunque no sea objetivo del presente estudio ahondar en las posibles razones de este cambio, creemos no obstante que los datos invitan a plantearse de otra manera el abordaje del alcoholismo tanto femenino como masculino.

- Al igual que se ha señalado en otros estudios sobre eficacia terapéutica, el éxito en ambas unidades tiene mucho con el tiempo de duración del tratamiento y, si bien en Oviedo los procesos que finalizan en alta terapéutica tienden a ser más cortos que en Madrid, en ambas unidades se confirma la necesidad de prologar el mismo más de un año para conseguir los cambios pertinentes y dotar al sujeto de suficiente consistencia psicológica